

Compromiso médico-sociedad en el siglo XXI

*Máximo Poza Poza**

Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Excmo. Sr Presidente de la Real Academia de Medicina de Valencia. Excmos. e Ilmos. Académicos.

En primer lugar, quiero manifestar nuestro pesar por el fallecimiento del Dr. D. Vicente Tormo, sentimiento no solo personal sino de todos los miembros de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. A su sólida formación profesional sumaba sus excelentes cualidades humanas. Era un gran profesional y hombre de bien. Durante su periodo de Presidencia fue muy fácil estrechar las relaciones entre las dos Academias. Su cordialidad, que fue el mejor exponente de la amabilidad de todos ustedes, creo ha servido para sellar unos vínculos, que estoy seguro han de perdurar en el tiempo. El dolor de todos ustedes es compartido por todos nosotros.

Hay más razones que justifican estos sentimientos. Compartimos Académicos: José M^a López Piñero, Rafael Carmena, Antonio Llombart y son miembros de nuestra Academia valencianos ilustres, tales como Arturo Brugger, Lorenzo Abad, Pascual Parrilla y otros que estudiaron en esta Universidad y que ahora enseñan de la Facultad de Medicina de Murcia.

Quiero, asimismo, agradecer su invitación para hablar en esta prestigiosa tribuna.

La función de las Academias está no sólo en celebrar conferencias científicas en sus aulas ni en emitir informes solicitados por las autoridades judiciales. Tampoco para servir de ornato a las Instituciones Oficiales ni para cubrir el cupo de vanidad de sus miembros. Están para analizar cualquier problema que afecte a la profesión médica en su compromiso con la sociedad.

Voy a hablar de un tema que parecerá manido, porque surge con frecuencia en todos nuestros encuentros. Nos referimos, muchas veces, a la relación del médico con el enfermo, de sus problemas. Hace un año, en Murcia, Benjamín Narbona y Jaime Merino hablaron de ello, con gran autoridad. Pero creo que es un tema esencial, que debe merecer nuestra atención, porque mantendrá su vigencia a lo largo del tiempo.

Benjamín Narbona hablaba, entre otras cosas, de la dilución o colectivización del yo, de la disminución o deterioro del sentido de responsabilidad.

Jaime Merino pedía, entre otras virtudes, altruismo, aceptar responsabilidades y limitar derechos, honestidad profesional, cultura de autoaprendizaje. Cualidades que ya se exigían al médico a finales del siglo XVI. Se escribía entonces: “el médico ha de ser temiente del Señor y muy humilde, y no soberbio, vanaglorioso y que sea caritativo con los pobres, manso, benigno, afable y no vengativo. Que guarde el secreto, que no sea lenguaraz, ni murmurador, ni lisonjero ni envidioso. Que sea prudente, templado, que no sea demasiado osado... Que sea continente y dado a la honestidad, y recogido; que sea el Médico dado a las letras y curioso; que trabaje en su arte y que huya de la ociosidad. Que sea el Médico muy leído y que sepa dar razón de todo” (Enrique Jorge Enríquez, en su Retrato del perfecto médico).

William Osler, hace un siglo, pedía que los médicos residentes vivieran, “residieran” en la sala de los enfermos, que se olvidaran del pasado y del futuro, que sólo se ocuparan del presente y que fueran ecuanímenes en los momentos de tomar decisiones.

Aunque hay aquí autoridades con gran conocimiento de la Historia, quiero entender que la palabra profesión tiene algo que ver con la “*professio*” medieval. El señor protege a los súbditos o siervos y recibe cierto reconocimiento por su protección. En un sentido más amplio, la protección de la persona se puede interpretar no en sentido bélico, sino como amparo en la enfermedad, como refugio espiritual y también como defensa de abusos o atentados a sus derechos.

Hablamos, en estos casos, de su protección personal por parte de la Medicina, de la Teología y del Derecho. Eran las profesiones aprendidas, que acabaron cursándose en la Universidad. Todas ellas tenían en común el principio de sigilo o confidencialidad. Por esta protección cabía esperar cierto reconocimiento social y económico. En la Medicina, la “*professio*” era, además, una promesa de observancia de vida y de fidelidad al enfermo. (Las monjas profesan al entrar al convento y prometen observar unas reglas religiosas). El resto de las actividades pertenecía a los distintos oficios, no a profesiones.

El médico se compromete a estar capacitado, -con las máximas exigencias-, a mantener una relación de respeto con el enfermo y a tener en cuenta unos principios de equidad o de justicia.

Comenzaremos con la primera exigencia: la capacitación profesional.

I.- Capacitación profesional.

Dicha capacitación puede estar respaldada por los propios Colegios Profesionales o bien por las Autoridades Sanitarias o de Educación. En este último caso, las autoridades políticas delegan en las facultades de medicina, las cuales extienden el certificado de licenciatura y de doctorado, este último en algunos casos. En otros Países, la última palabra para autorizar el ejercicio la tienen las órdenes médicas o colegios profesionales. En definitiva, el pacto tiene lugar entre los colegios profesionales y la sociedad. Por lo tanto, en España está justificado que los licenciados/as soliciten la colegiación, aunque el colegio no suele hacer ninguna prueba para acreditar los conocimientos. Se confía en los profesores de las facultades.

Cabe decir algunas palabras de este periodo de formación en las facultades. Se viven días de inquietud en relación con el cumplimiento de los acuerdos de Bolonia. Se orientan más al sistema de créditos, para unificar los criterios en todo el ámbito de la Comunidad Europea, con énfasis en el “enseñar a aprender”, con vistas a la autoformación. Se resta importancia a la lección magistral, que ha de limitarse a lo esencial, o sea, a principios inmutables, y se subrayan los conocimientos prácticos. Cabe esperar un mayor protagonismo de ciertas materias, cuyos rápidos avances hacen difícil que se pueda seguir el ritmo de sus pasos vertiginosos. Me refiero a la biología molecular, a la genética o a la inmunología, entre otras. También se abrirán o consolidarán nuevos campos, que afectan a la medicina regenerativa, sobre todo en enfermedades neurológicas y cardiovasculares, al autotrasplante de células madre y a su diferenciación, al conocimiento de los registros de la actividad cerebral y su relación con la intencionalidad del sujeto y a otros muchos. Habrá que tener en cuenta la formación virtual, anatómica y quirúrgica, a través de ordenador y del robot. Pero, por encima de todo habrá que imbuir al futuro médico un espíritu crítico,

para que sepa separar lo valioso de lo banal, ya que la oferta de información será abrumadora y con caducidad en poco tiempo.

Otra cuestión es la obtención del título de especialista, único medio de sobrevivir en la práctica médica. El título lo expende el Ministerio de Educación, pero la entrada en los hospitales con habilitación docente depende del Ministerio de Sanidad y Consumo. El nivel de formación exigido se ajusta a los informes de las Comisiones de las distintas Especialidades, en las cuales hay una nutrida representación de las Sociedades Científicas. Son estas comisiones las que determinan qué servicios están habilitados para la docencia de cada especialidad y cuantos años se exigen para obtener el título. Son de esperar algunas modificaciones, en cuanto a un periodo troncal y a una mejor selección de residente, teniendo en cuenta su perfil psicológico. Sin embargo, no cabe la impaciencia, porque de la fase troncal ya hablábamos hace unos veinte años, durante mi periodo de pertenencia al Consejo Nacional de Especialidades Médicas.

No se hacen exámenes finales para comprobar la formación del residente que ha terminado su formación, aunque sí se llevaron a cabo estas pruebas cuando se trataba de residentes extranjeros y de aquellos médicos que se habían formado en distintos servicios, sin haber entrado por el examen de MIR, es decir Médicos Internos y Residentes y sin clara acreditación docente.

En resumen, los colegios de médicos en España no exigen pruebas de competencia profesional y confían en las facultades y en las distintas unidades hospitalarias, que han emitido sus informes para que el ministerio de educación extienda los títulos correspondientes. Como es sabido, el certificado para ejercer depende, en otros países, de los colegios profesionales, bien de médicos o bien de cirujanos, como se apuntaba más arriba.

Por otro lado, en esa capacitación se exige la formación permanente, que ha de mantenerse a lo largo de toda la vida del colegiado. Dicha formación continua puede afectar a la asistencia primaria, con cursos planificados por los colegios de médicos o bien a la asistencia hospitalaria, cuyas actividades dependen, en gran manera, de aquellas organizadas por diferentes unidades y patrocinadas, en muchos casos, por empresas comerciales. Por supuesto, en el caso de los médicos que trabajan en un hospital, no hay que olvidar la función de las sesiones clínicas en dicha formación continua.

En el Reino Unido se exige una prueba o examen cada cinco años, para constatar la actualización de los conocimientos y conceder el certificado de reacreditación y es muy probable que este requerimiento se extienda a toda la Comunidad Europea.

¿Qué se puede esperar en los avances médicos en el futuro, con los cuales el especialista tendrá que estar familiarizado? Cabe recordar el refrán chino que habla de lo difícil de hacer pronósticos, “cuando se trata del futuro”. Pero sí se pueden apuntar algunos senderos, a la vista de la situación actual. El desarrollo de las técnicas de imagen ha de ser espectacular, a juzgar por lo visto desde hace un cuarto de siglo. Su aplicación a las técnicas quirúrgicas ya ha comenzado hace tiempo. El uso de la resonancia magnética o de la tomografía axial en las intervenciones quirúrgicas es muy habitual y su mayor difusión depende de las posibilidades económicas. El empleo de navegadores es habitual en la mayoría de los hospitales. El robot, sobre todo para fases elementales de una intervención quirúrgica no es un sueño; funciona en algunos hospitales y su uso irá en aumento. La captación de las constantes fisiológicas y bioquímicas de los pacientes es rutinaria, sobre todo en las Unidades de Cuidados Intensivos y en los quirófanos. La transmisión de datos

iconográficos o clínicos entre centros hospitalarios forma parte de la actividad de cada día. Sin duda, la facilidad de la comunicación será un factor importante en el campo sanitario.

Cabe esperar, en plazo breve, la ampliación del uso de la endoscopia y de la invasión mínima en la práctica quirúrgica.

En un plazo, no excesivamente lejano, estallará la irrupción de la nanotecnología en medicina, con su aplicación a todas sus áreas, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de las distintas enfermedades. Se supera la escala de las micras, para poder hacer anastomosis de axones y para ser capaces de manipular quirúrgicamente el contenido intracelular. La sensibilidad de nuestros receptores táctiles será sustituida por nanoreceptores, que controlarán la presión del cirujano en sus distintas manipulaciones de tejidos, sustituidas por un robot.

Y todo este preámbulo, ¿a qué viene? La práctica médica ha de sufrir cambios. El campo acotado de las especialidades médico-quirúrgicas no será el mismo. Las áreas de interferencias no han de interpretarse como irrupción de otros especialistas, sino como cooperación en el trabajo de cada día. Será muy difícil dominar el conocimiento de lo que hoy consideramos una especialidad. Ya funcionan, desde hace varios años, campos de “subespecialidades”, donde hay “grupos de expertos” en cada parcela. Y esta realidad ha de tenerse en cuenta por la Administración Sanitaria a la hora de enfocar el problema de la carrera profesional y, también, de facilitar la formación permanente a los médicos.

¿Habrá un médico responsable de cada enfermo, y éste deberá conocer su nombre? Tal vez, pero la responsabilidad será difusa, debido al gran número de personas, de distintos niveles que intervienen en el diagnóstico y tratamiento de su proceso patológico. En muchos casos, y teniendo en cuenta la edad de muchos de nuestros pacientes, tal vez un Médico Internista sería la persona indicada para llevar de la mano al paciente durante su estancia hospitalaria.

Pero la mayoría de los actos médicos habrán de hacerse fuera del hospital, en la asistencia primaria. La diferencia es evidente entre distintos países. Por ejemplo, en el Reino Unido los médicos generales gozan de bastante prestigio, mucho mayor que en USA, donde la gran mayoría opta por una especialidad y la proporción del médico general es muy inferior a la británica. El ciudadano en el Reino Unido tiene que hacer una solicitud para pertenecer a la “igualada” de un médico o pequeño grupo de médicos, que tienen un número limitado de asegurados (unos 2000 por médico) y que recibe el pago correspondiente por parte del Servicio Nacional de Salud. El médico se encarga de la medicina preventiva y de las enfermedades crónicas, tales como la hipertensión, diabetes, dolores de espalda y cuadros similares. Es el responsable de enviar al paciente al hospital, cuando requiere la ayuda de especialistas. Incluso se ha intentado que fuera el cauce o regulador de flujo económico hacia la medicina hospitalaria.

En España, sobre todo en las ciudades, el médico de asistencia primaria es el responsable de poco más que extender los volantes tipo P-10 y las recetas prescritas en los hospitales. Ahí se acaba su capacidad resolutoria, cuando su formación médica es superior a la mayoría de sus colegas europeos, al añadir 3 años de especialidad a su periodo de licenciatura. Es lógico que el médico general sienta, en algún momento, envidia de los grandes especialistas que ocupan las páginas de actualidad y gozan de un prestigio que a ellos les parece negado. (Laín Entralgo escribía en su momento de ciertas vacilaciones vocacionales al ver el Lincoln de Rodríguez Fornos, el prestigioso médico y profesor de esta

Facultad. Como es bien sabido, Laín supo orientarse a objetivos con horizontes que veía muy claros).

Una realidad que conviene no olvidar, al hablar de la figura del médico, es la entrada de la mujer en esta profesión. De cada tres médicos, dos son mujeres. Creo que todos aquellos que se han dedicado a la enseñanza en los últimos quince años tienen una experiencia muy favorable en relación con su capacidad e interés en el estudio y en la asistencia. Esta proporción va a mantenerse en la asistencia primaria y en las especialidades hospitalarias. Y no conviene poner obstáculos a su incorporación, sino más bien ofrecer señuelos para animarlas a elegir ciertas especialidades y a ocupar puestos de responsabilidad. Es cierto que un 25 % solicitan una jornada reducida en los primeros años, probablemente para atender a sus hijos, pero el menor recelo o rechazo en ciertos campos puede dar lugar a que elijan otras parcelas y dejen la actividad asistencial o investigadora de una especialidad determinada en manos de personas sin ideas innovadoras. Es un hecho que determinadas especialidades, entre ellas cirugía ortopédica, neurocirugía, y alguna otra no entran entre las opciones de las licenciadas norteamericanas y ya se han levantado voces de alarma.

II.- Relación médico-enfermo.

Muchas veces no hay un paralelismo entre la impresión personal respecto a la relación que uno ha vivido con sus enfermos y la percepción que se tiene si lee las noticias de los medios de comunicación. Sobre todo si nos guiamos por encuestas de otros Países desarrollados, en especial en USA, donde el 60 % de los encuestados no tiene fe en los médicos y un porcentaje similar cree que se mueven por motivos económicos. En la Facultad de Medicina de Coimbra, en unas estatuas de Esculapio o de Hipócrates han dibujado un grafito, el signo del dólar. Pero, hemos de tener en cuenta que la mayoría de los médicos españoles que trabajan en la sanidad pública son asalariados, que se esfuerzan por pagar una hipoteca mensual elevada, para lo cual no pueden renunciar a las guardias, aunque eso suponga sobrepasar las 65 horas de trabajo semanal, normativa que ahora aterroriza a la mayoría de la población laboral.

Pese a todo, la salud es el factor principal, cuando se pregunta a las personas por sus deseos de felicidad. La respuesta es universal: Lo más importante es la salud. Hace unos años, en una encuesta se les preguntaba a ciudadanos franceses en que preferirían gastar una cantidad determinada de dinero: en construir un kilómetro de autopista, en crear cincuenta camas de hospital, veinte clases para escolares, tres guarderías o en financiar un equipo de investigación sobre el cáncer: el 52 % se inclinaba por la financiación del grupo de investigación y el 30 % por las cincuenta camas de hospital; las guarderías y las clases para escolares quedaban por detrás.

Paternalismo. La palabra más utilizada en los libros de ética médica es “paternalismo”, que se puede interpretar como “dominio” del médico sobre el enfermo. El antónimo es “autonomía” y como derivación de esta autonomía la exigencia de la firma del documento de consentimiento informado ante cualquier acto que pueda considerarse como agresivo. Lo cierto es que, en muchos casos, dicho documento se firma como algo rutinario y que el enfermo o familia lo interpreta como una forma de eludir una responsabilidad judicial por parte del médico.

Lo cierto es que la información al paciente no es nada novedosa. Ya figura en el código de Thomas Percival, a principios del siglo XIX, aunque tenga algún residuo de paternalismo. Quien haya ojeado algunas historias clínicas de finales del siglo XIX ya

habrá podido leer que “se informaba al paciente y a sus amigos, de forma detallada, de los beneficios de la operación y de sus riesgos”. Por lo tanto, el criterio de respetar la autonomía del paciente informado, de manera adecuada, tiene raigambre decimonónica.

No obstante, sólo a comienzos del siglo XX la cuestión se “judicializa”, sobre todo en USA, a raíz de una sentencia del juez Cardozo que juzgaba el caso de una mujer que había prohibido al cirujano extirpar un tumor fibroso abdominal y que el médico no obedeció, tal vez con la mejor intención “paternalista”. En esta sentencia, el juez Cardozo decía: “Cada ser humano adulto y en sano juicio tiene el derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo y un cirujano que realiza una intervención, sin el consentimiento del paciente, comete una agresión, de cuyas consecuencias es responsable”. He de aclarar que Cardozo, a pesar de este párrafo, no condenó al cirujano.

Con esas consideraciones se subrayaba el derecho a la autodeterminación y a la inviolabilidad de la persona.

¿Por qué ocurrió a primeros de siglo, cuando la cirugía se había hecho más segura, debido a la anestesia y a la antisepsia? Tal vez porque los cirujanos, impulsados por estos avances, se hicieron más audaces y lo que era una floración se confundió con una fruta madura. A esto hay que añadir la mayor robustez del sentido de autonomía y del respaldo a la capacidad del enfermo para tomar decisiones y para que éstas fueran respetadas.

En un País donde el mercado juega un papel esencial en la vida ciudadana, la reivindicación por daños era una consecuencia previsible. De una situación de impunidad médica, con raíces históricas, se pasó a considerar los fracasos médicos, primero como negligencias y finalmente como agresiones. Bajo este término “agresión” se entiende cualquier pequeña incisión, incluso una simple extracción de sangre, que se lleve a cabo en una persona sin obtener su autorización.

La resonancia o difusión que tienen las costumbres norteamericanas en el resto del mundo dio lugar a que el respeto a la autonomía se convirtiera en uno de los derechos fundamentales de la persona en el mundo occidental.

Nadie puede poner ninguna objeción al principio de respeto a la autonomía y es de desear que en ningún lugar se pongan trabas. Es cierto que se debe informar de todo los datos relevantes o adecuados al paciente, pero nada puede aclarar qué datos son relevantes y cuáles no lo son. Tengo la impresión de que este principio se respeta casi siempre, al menos con carácter formal, -aunque sólo sea por las consecuencias legales si no se cumple-, pero albergo grandes dudas sobre la veracidad de la información que se facilita en muchos casos. Hace unos años las intervenciones coronarias con “by-pass” eran de 20 por millón en Gales, 250 por millón en Londres y 500 por millón en USA. Por cada 500 discectomías lumbares operadas en Europa se operan 2.500, es decir cinco veces más en USA, donde las variaciones también son evidentes entre distintos Estados. ¿Cómo se explican tales diferencias en una patología que similar en el mundo occidental, sea de las coronarias o de la columna lumbar?

Es verdad que la cultura de los pueblos influye en el ejercicio de la Medicina, con se ilustra en el libro “Medicina y Cultura” de Lynn Payer, pero también hay que recordar los conflictos de intereses que se presentan a diario en el diagnóstico y en el tratamiento de un paciente, tales como: sistemas de compensación económica, presión de firmas farmacéuticas y de la industria de alta tecnología, recortes de los gestores hospitalarios o medicina

defensiva; son algunos de los datos a tener en cuenta cuando se habla sobre si la información al paciente es veraz o está sesgada.

Algunos de estos factores afectan a las decisiones médicas en casi todos los países, pero otros, -por la propia modalidad de compensación económica-, inciden más en otras partes del mundo.

El análisis detallado de estos hechos nos llevaría bastante tiempo, pero no cabe la menor duda de que el paciente no siempre tiene posibilidades de elegir con libertad. No es lo mismo decidir sobre un tratamiento médico que comprar un frigorífico o un automóvil. El enfermo -“cliente- en los casos comerciales carece de formación suficiente para elegir el camino apropiado. Entre paréntesis, la información o “desinformación” a través de Internet puede agravar el problema.

Por otro lado, el médico dispone de unas armas de persuasión muy poderosas y puede influir en grado sumo en la decisión final del enfermo. Incluso, aunque no dispusiera de estas armas, las que le concede su propia superioridad sobre la fragilidad del paciente, el consejo del médico es, a menudo, difícil. La pregunta típica de ¿qué haría Ud. si se tratara de un familiar suyo muy querido, de su madre o hijo por ejemplo? no es fácil de contestar. La respuesta de un médico honesto, en bastantes casos sería: Dudar, porque los porcentajes sólo son orientativos en las intervenciones de riesgo.

En algunas ocasiones es legítimo- e incluso conveniente- abstenerse de realizar un acto quirúrgico, a sabiendas de que tanto la actividad como la pasividad pueden ser funestas. Y estas dudas se deben compartir.

Y también conviene no ocultar los errores. En unos estudios de Harvard, Utah y Colorado se encontró, al revisar las historias clínicas hospitalarias, que cada año se producían entre cincuenta y noventa mil muertes por errores médicos en los hospitales norteamericanos. Es decir, cada día el número de muertes por errores médicos equivalía al de una catástrofe aérea, como el choque diario de dos Jumbos. La mayoría de los errores ocurrían en Urgencias y por problemas de identificación de las prescripciones médicas, tanto en el medicamento como en sus dosis.

El dicho conocido de que “se puede aprender a operar en cinco años, pero se necesitan más de veinte para saber cuando no hay que hacerlo” forma parte de la experiencia personal de cualquier cirujano.

En cualquier situación, y citando a Bacon, “más vale comenzar con dudas para alcanzar la certidumbre, que empezar con certidumbre para acabar sumido en dudas”.

Ni siquiera es fácil respetar un “testamento vital” cuando se tienen fundadas esperanzas de poder salvar o prolongar sustancialmente la vida de un paciente, incapaz de tomar una decisión en aquel momento crítico, por más que la familia presente un documento notarial, válido hasta entonces, pero de dudosa interpretación en situaciones concretas.

Como principio, debemos poner énfasis en nuestro cometido de llegar a un diagnóstico correcto y de aplicar una terapia adecuada basada en pruebas objetivas y en la experiencia personal.

A nadie se le escapa que hay problemas de difícil solución, en que unos principios éticos pueden chocar con otros. Hay que reconocer que, en estos casos, la certeza ética es

imposible. Son situaciones particulares, donde nos enfrentamos a problemas concretos, con un paciente que tiene nombre y apellidos y con su familia, cuya intimidad debemos respetar y además, hemos de tener presente que estamos en una cultura determinada, en la cual subyace una idea especial sobre lo que es el ser humano, de su papel en la vida y de su destino. En estos casos, debemos respetar unos principios de bioética aceptados por todos, pero hemos de adaptarnos a la variedad singular de las diversas culturas.

No es una cuestión baladí. Nuestra ética no tiene validez universal. Hay otras culturas, no precisamente minoritarias, con valores éticos distintos. Decía un experto en ética japonés: “La autonomía personal, un principio bioético importante en el contexto social occidental, no coincide con la tradición cultural japonesa. Nuestra cultura, alimentada por las doctrinas de Buda y Confucio, ha desarrollado la idea de suprimir o aniquilar el ego. Ser autónomo e independiente se mira, a veces, como egocéntrico. Así, en el Japón, cada ser humano depende de otros, no sólo de la familia, sino también de la comunidad, tanto en el aspecto social, como en el económico y en el político”.

En algunos casos particulares, surgen serias dudas, tales como contemplar la posibilidad del ensañamiento terapéutico, de salvar la vida de un paciente para que quede en estado vegetativo, de discriminar por edad, -temprana o avanzada- de negar prioridad por razón de hábitos de vida o de enfermedades muy graves. Obremos en conciencia, si creemos que la decisión es buena. Tal vez, en ciertos casos, se deba consultar al Comité de Ética Asistencial del hospital, para escuchar su opinión y evitar cualquier reproche de paternalismo que pudieran imputarnos.

Pero sin llegar a los extremos de estos problemas éticos, es evidente que se ha producido un distanciamiento entre el médico y el enfermo, un enfriamiento de la confianza, en momentos en que la medicina ofrece las mayores posibilidades de diagnóstico y tratamiento. La primera razón del distanciamiento está en cómo se le ha ido racionando el tiempo a cada enfermo. Y hemos de recordar a un clínico ilustre. Laennec decía: Dejad hablar al paciente que os está dando el diagnóstico.

Este regateo de tiempo es uno de los mayores reparos que se puede atribuir a los médicos hoy en día. He sido testigo de un paciente que quería expresamente que se le dedicaran más de 15 minutos y ofrecía dos volantes de una Compañía de MUFACE. Hace unos meses apareció una carta en la revista “New England”, en la cual un médico relataba el caso de una mujer que se echó a llorar de emoción, porque se le había invitado a sentarse y a contar lo que le pasaba. Este racionamiento del tiempo viene de atrás. Cuando yo era estudiante, a la clase de D. Carlos Jiménez Díaz asistían médicos de medicina general; un día, uno de ellos le dijo al salir de clase: D. Carlos, ¿sabe Vd cuántos enfermos he visto esta mañana en una hora? He visto 30 enfermos. D. Carlos le cortó: Querrá Vd. decir que los enfermos le han visto a Vd.

Y esta situación no ha cambiado mucho. Por lo general, creemos que el paciente se irá más satisfecho si le recetamos el “comprimido o la cápsula mágica” y si solicitamos las pruebas que pide o sugiere. Tratar de convencer al enfermo de que los antibióticos no sirven para curar la gripe lleva varios minutos. Se tarda menos en pedir una resonancia que en explicar su inutilidad en muchos casos. Escribía un poeta cubano que “el sufrimiento no se ve en las radiografías”. Tal vez se perciba mejor con unos minutos de conversación. Y nunca hemos de olvidar que se cometen más errores por no mirar que por no saber, como decía Jenner.

Sin embargo, los pacientes suelen entender que estos antibióticos no solo no les ayudarán, sino que tendrán efectos colaterales, tales como alergias, infecciones por gérmenes resistentes y oportunistas, etc... Y también comprenden nuestra ignorancia, si se les dice que los resultados de las pruebas no son blancos o negros, sino que la mayoría son grises y con diversos matices. Hay que admitir, que nuestros diagnósticos se basan muchas veces, no en razones científicas, sino en opiniones

Pero los médicos que prefieren acceder a los deseos del paciente y regatean tiempo no son malos médicos. Tienen miedo a las demandas, a las normas de la gerencia o a las exigencias de las aseguradoras.

Y este es el gran problema: En último término, la presencia ha sido reducida a un mínimo por el deslumbrar de la ciencia. A pesar de este deslumbramiento, muchas veces, el paciente se dirige a la medicina alternativa. Es decir, se prefiere la mentalidad mágica a la mentalidad científica. El médico ha perdido la oportunidad de establecer “contacto” físico con el enfermo, mediante la historia clínica y la exploración y se buscan otros remedios.

Investigación.- Acabamos de hablar sobre el respeto a la autonomía en la toma de decisiones que afectan al diagnóstico o al tratamiento médico. Algo equivalente se debe tener en cuenta cuando se habla de la investigación. En el campo clínico hay un compromiso de “hacer el bien”. En la investigación puede suceder que el sujeto que participa en la investigación no esté enfermo. En este caso, se debe invocar el principio de no hacer mal o, al menos, que el mal sea leve y transitorio.

No se debe pasar por alto la evolución del consentimiento informado, referido a la investigación, en los últimos tiempos.

Ya en el siglo XVIII, en la prisión de Newgate, en Inglaterra se ofrecía el perdón a los presos, si éstos aceptaban someterse a una inoculación. Medio siglo después, Jenner inocular secreciones de pústulas de vaca a un niño de 8 años, para demostrar la efectividad en la prevención de la viruela. Este hecho dio lugar a un escándalo social, lo cual induce a pensar que, ya en aquellos tiempos, se exigía cautelas en el fondo y en la forma cuando se pretendía introducir avances científicos.

A mediados del siglo XIX, de nuevo volvemos a Thomas Percival, quien reconoce la necesidad de buscar nuevos remedios terapéuticos, cuya indagación “debe basarse en un razonamiento escrupuloso sobre su conveniencia y desarrollo y que debe iniciarse después de consultar con otros médicos”. Esto significa que se exigía una buena metodología y unos investigadores competentes. Algo que en la actualidad no está por demás recordar. Por cierto, Percival no menciona el consentimiento del sujeto ni la protección del mismo.

Beaumont, también en el siglo XIX, aprovechó circunstancia de una fístula una en el estómago de un paciente para hacer un experimento, pero subraya que la investigación debe ser consciente, no debe ser molesta y ha de respetar la libertad del sujeto para ponerle fin en cualquier momento. Claude Bernard defiende el derecho a experimentar, pero exige las mismas cautelas.

En la investigación se avanza hacia la modernidad, pero el avance no es continuo y no siempre se respetan los intentos del legislador.

En el año 1900, el Ministerio Prusiano de Religión, Educación y Asuntos Sanitarios, promulga una Ley en la que se prohíbe cualquier intervención médica,-salvo que fuera por

inmunización, diagnóstico o terapia-, es decir si era sólo experimental, cuando se dieran estas circunstancias:

- 1.- Si el paciente era un niño o era incompetente.
- 2.- Si no había prestado su consentimiento inequívoco.
- 3.- Si no se le habían explicado los riesgos.

Recomendaba que las intervenciones de tipo innovador fueran practicadas por el director del hospital o por persona autorizada por él y que se acompañara de una historia muy detallada. Se subrayaba el tema de la información y de la decisión libre. Tal vez, esta escrupulosidad legislativa surgió a partir de la inoculación de suero sifilítico en niños y prostitutas.

Los deseos del legislador germánico, como ha ocurrido tantas veces, no se correspondieron con la realidad. Ya en 1931 se habló de cinismo, de utilizar niños como si fueran ratas, de falta de sensibilidad, de tortura física y mental y de pura charlatanería. Se dio la noticia de que había bastante discriminación social y de que había médicos que trabajaban para industrias farmacéuticas, con el riesgo de una falta de imparcialidad en los resultados publicados.

Por estas fechas surgió otro escándalo. Se inoculó el bacilo de la tuberculosis a 70 niños en Lübeck y todos murieron a causa de la vacuna. El Ministerio del III Reich hizo una serie de recomendaciones sobre la investigación, con dudoso valor de ley. Este dudoso valor vinculante de tales recomendaciones fue, precisamente, un argumento de la defensa en el Juicio de Nuremberg.

Por ser de todos conocidos, no traigo a colación todos los experimentos realizados durante el periodo nazi, sin duda desprovistos de los principios éticos. Entre ellos había conocidos nombres de la literatura médica, entre ellos el reumatólogo Reiter. La pregunta que uno se hace es: ¿Cómo llegaron a ello? ¿Por prestigio? ¿Por competitividad? ¿Por temor? Por supuesto, todos invocan atenuantes en los momentos del juicio.

Cito estos ejemplos históricos para llamar la atención sobre los progresos y lo pasos atrás en el desarrollo del respeto a la autonomía de la persona. Se podrían presentar otros ejemplos de falta de respeto a la autonomía en diversos pueblos. Pero nos extenderíamos demasiado. Siempre queda el recurso de decir: “El que esté libre de pecado que tire la primera piedra”. No obstante, debemos admitir la parvedad de materia, con el fin de no medir a todos con el mismo rasero.

III.- Entramos a considerar el último principio. El de la Justicia o Equidad.

En cierto modo, es una cuestión que supera nuestra capacidad de acción, porque no está en manos de los médicos dar una solución a los problemas de globalización, del desarrollo sostenible, del medio ambiente o de aminorar la desigualdad entre los pueblos del mundo. Aunque la solución de estos problemas no esté a nuestro alcance, no por ello han de sernos indiferentes.

Esta incapacidad para resolver los grandes problemas en el orden mundial no nos exime de nuestra responsabilidad en la buena gestión de los recursos que la sociedad pone en nuestras manos.

Queremos referirnos al incremento exponencial del gasto sanitario. Para su control se han establecido soluciones drásticas, con carácter general. Por decreto gubernamental,

no se puede sobrepasar un determinado porcentaje del Producto Interior Bruto. Cada país marca el suyo,- por cierto el español está entre los más bajos,- y, una vez establecido, adquiere un valor casi dogmático. Y la mayoría están endeudados por el gasto sanitario. En una Comunidad Autónoma, el 30 % del presupuesto total se destina a gasto sanitario: recursos humanos, inversiones y gasto de farmacia o material fungible.

Y en este proceso de gasto interviene el médico: farmacia y material fungible.

Al acercarnos a lo concreto, podemos separar distintos intereses o puntos de vista. Por un lado, están el paciente y el médico, este último como depositario de la confianza del primero. El enfermo creerá que se hará todo lo posible por curarle o aliviarle el sufrimiento. Por otro lado, está el Seguro que paga, bien sea nacional o privado y entre ellos el gestor del presupuesto del propio hospital o del ambulatorio.

En el lenguaje actual, el hospital ofrece una “cartera de servicios al cliente”. Éste, el enfermo, puede convertirse en un “artículo”, con un “código de barras”, cuya situación diaria se controla en un estante (en una cama de la planta) y que crea inquietudes cuando supera la estancia media o el gasto está por encima de lo calculado, si se tienen en cuenta las tarifas estipuladas, de acuerdo con la clasificación en el grupo de diagnósticos. El ordenador del gestor da la alarma y el médico, si se guía por la pantalla de su propio ordenador, el paciente llega a convertirse en un número de cama, en un caso clínico y en un tipo de lesión o enfermedad.

La relación puede deshumanizarse, pero el estándar de calidad se habrá superado si se respeta la estancia media, si en la historia está firmada la hoja del consentimiento, - (aunque sea con carácter formal, es decir si ha obedecido la orden de la enfermera: tiene Vd que firmar aquí),- si la lista de espera es inferior a la fecha prometida o si al paciente se le ha entregado una hoja a su ingreso, donde figuran sus derechos y sus deberes. Y los parámetros de calidad del médico no coinciden.

Esta situación del control de gasto a ultranza, con todas las ventajas que se pretenda adornar, causa bastante inquietud. La relación médico-paciente se entorpece, la atención se deshumaniza y, como se acaba de decir, la responsabilidad se diluye.

Sin embargo, esta visión crítica de la gestión economizadora y burocrática no es óbice para que debamos declarar nuestra preocupación ante el despilfarro de recursos. El compromiso hipocrático de buscar lo mejor para el paciente tiene sus límites; aquellos determinados por la necesidad de otros pacientes, sin olvidar los requerimientos sociales o educativos.

Hace bastantes años, el Dr. H. Mahler, Director General de la OMS en 1975, decía que “la mayor y la parte más cara de la tecnología médica, tal como se aplica hoy, parece que se realiza más bien para los profesionales de la salud que para beneficio del consumidor de la asistencia sanitaria”.

Lo que se deduce de esta consideración es que el médico puede jugar un papel decisivo en el resultado final de cualquier proyecto de salud.

Y, sin embargo, la mayor parte de las veces se escucha la opinión de políticos, de economistas, de sociólogos, de sanitarios que sólo han vivido la parcela administrativa, sin atender a las opiniones de los médicos de asistencia primaria u hospitalaria. El criticado paternalismo médico ha sido sustituido por el paternalismo burocrático y político. Como decía Benjamín Narbona, se organiza todo de arriba hacia abajo. Todos ellos recomiendan

que se tenga en cuenta la humanización en la medicina, algo difícil de medir día a día y fácil de recomendar desde la mesa de un despacho.

IV.-Consideraciones para el futuro

Seguiremos el mismo orden:

1.-Capacitación y organización profesional.

El médico no será capaz de absorber todos los avances que se produzcan a lo largo del tiempo. Tendrá la ventaja del fácil acceso a la literatura médica, en tiempo real. No obstante, habrá de dominar los conceptos fundamentales de las materias que han evolucionado con mayor rapidez, tales como la genética, la medicina predictiva, la biología molecular, farmacogenómica, oncología u otros campos similares. Podrán llevar una “prótesis” de memoria en el bolsillo de su bata, en forma de agenda electrónica y un fácil acceso a la bibliografía en cuestión de minutos.

Pero deberá tener un gran espíritu crítico para seleccionar la oferta bibliográfica, abrumadora y perecedera.

Los especialistas, por las mismas razones, van a centrar su actividad en parcelas más reducidas, en las cuales serán verdaderos expertos. Las especialidades van a diluirse, debido a las áreas de interferencia con otras especialidades afines. El enfermo, a su ingreso en el hospital, tal vez sea visto por un médico-internista que será responsable del mismo durante su estancia hospitalaria y que delegará su responsabilidad en distintos facultativos durante el periodo de diagnóstico o tratamiento. La medicina hospitalaria, por su complejidad, exigirá la presencia de otros profesionales, tanto para el campo de la medicina asistencial como para las tareas de investigación.

El aumento de expectativa de vida obligará a tener en cuenta la morbilidad geriátrica. En torno al 30% de los ingresos serán personas que han sobrepasado los 65 años y el médico ha de tener suficientes conocimientos de la patología propia de edades avanzadas, antes de tomar decisiones tanto quirúrgicas como farmacológicas.

2.-Relación médico-enfermo.-

La medicina debe orientarse al modelo británico, donde el médico de cabecera o “general practitioner” juega un papel muy relevante, de mayor protagonismo que en el modelo norteamericano.

El enfermo, una vez que su médico de cabecera le haya informado de la gravedad de su caso, buscará “al que más sabe” y eso también lo habrá de tener en cuenta su médico responsable dentro del hospital, mejor informado, quien pedirá la colaboración del especialista o grupo correspondiente de médicos.

El médico ha de perder el respeto a la demagogia que nos rodea. La salud no es un derecho ni la enfermedad es una injusticia. El paciente sí puede aspirar a la medicina preventiva y a que se le atienda en caso de enfermedad o accidente. Y que este derecho afecte a todos los ciudadanos.

No obstante, los médicos deben ser los protagonistas en el estudio de todo aquello que pueda disminuir la mortalidad y morbilidad, tanto en el ámbito hospitalario como en la asistencia primaria. El error es humano, pero hay medidas que pueden influir en reducir

sus consecuencias a lo mínimo posible. El estudio y prevención de los errores pueden ser cometidos o función de las Academias de Medicina.

El médico ha de limitarse a ser honesto ante el enfermo, a velar por sus intereses, a respetar su intimidad y su libertad, para llegar a la meta del “médico-amigo” de Laín Entralgo. Será la mejor prevención ante los excesos judiciales.

3.- Médico y sociedad. Principios de justicia y equidad.

La ciencia pondrá en manos de los médicos la posibilidad de fabricar el ADN, eliminar enfermedades hereditarias, tanto graves como leves, elección del sexo, selecciones eugenésicas, teniendo en cuenta el coeficiente intelectual; en resumen, armas poderosas en una cultura cada vez menos tolerante con la imperfección. El problema radica en quiénes deben determinar los valores éticos. ¿Han de ser las encuestas? ¿El Parlamento? ¿Un Consejo Consultor, como proponía Miterrand o lo que es lo mismo, la Comisión del Presidente de EE.UU.? El médico debe guiarse por esos criterios, siempre que no atenten a su conciencia.

En lo que se refiere al gasto, el médico debe ser consciente de que se puede tener en cuenta el interés del paciente y, a la vez, el control del gasto sanitario. Una vez que haya cumplido con estos principios, no debe tener miedo a la demagogia que se hace en las campañas electorales o en la proclamación de los derechos de los ciudadanos. La sociedad es la que habrá de decidir si el gasto sanitario debe subir y en qué grado ha de hacerlo. Deberá establecer cuál es el “mínimo decente” asistencial. Pero los médicos deben colaborar en su control.

Sin embargo, no siempre es una tarea fácil. La voluntad popular está secuestrada: “Lo mejor para todos, sin exclusión” es lo que suele escucharse. Esto bordea la utopía. Y no podemos aspirar a soluciones utópicas, sino realistas. Popper decía que es mejor concentrarse en metas posibles y flexibles, siempre abiertas a la revisión. Pero el desafío no es desdeñable, ya que la decisión se tomará en cada caso concreto. ¿Qué clase de pruebas diagnósticas habrán que utilizarse y en qué clase de pacientes? ¿Cuándo se debe iniciar o suspender un tratamiento? Habrá casos dudosos que pueden consultarse con el Comité de Ética, para evitar que se apliquen criterios personales rígidos

Los médicos, preocupados por la bioética de cada día, tal vez mejor llamada microética, podemos ofrecer nuestra ayuda par resolver los pequeños problemas, sin ser demasiado pretenciosos. Esto sí está en nuestras manos. Como lo está la exigencia de que los trabajos profesionales sean compensados de acuerdo con la trascendencia que tiene el cuidado de los ciudadanos y la exigencia científica y el sacrificio que se requiere para llevarla a cabo.

El cuadro de Luca Signorelli, con el hombre que carga sobre sus hombros a otro ser humano, es la mejor expresión del papel del médico, ahora y en el futuro.

Muchas gracias por su atención